Drei Fälle von Hirngeschwülsten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie u. Geburtshülfe

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Otto Bollinger

Vorstand des pathologischen Institutes

der hohen medicinischen Fakultät

der k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Johannes Hartz

approb. Arzt aus Blumenthal (Schleswig-Holstein).

MÜNCHEN

Jos. Ant. Finsterlin

1885.

Drei Fälle von Hirngeschwülsten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie u. Geburtshülfe

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Otto Bollinger

Vorstand des pathologischen Institutes

der hohen medicinischen Fakultät

der k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Johannes Hartz

approb. Arzt aus Blumenthal (Schleswig-Holstein).

MÜNCHEN

Jos. Ant. Finsterlin

1885.

Separat-Abdruck aus dem Aerztlichen Intelligenz-Blatt.

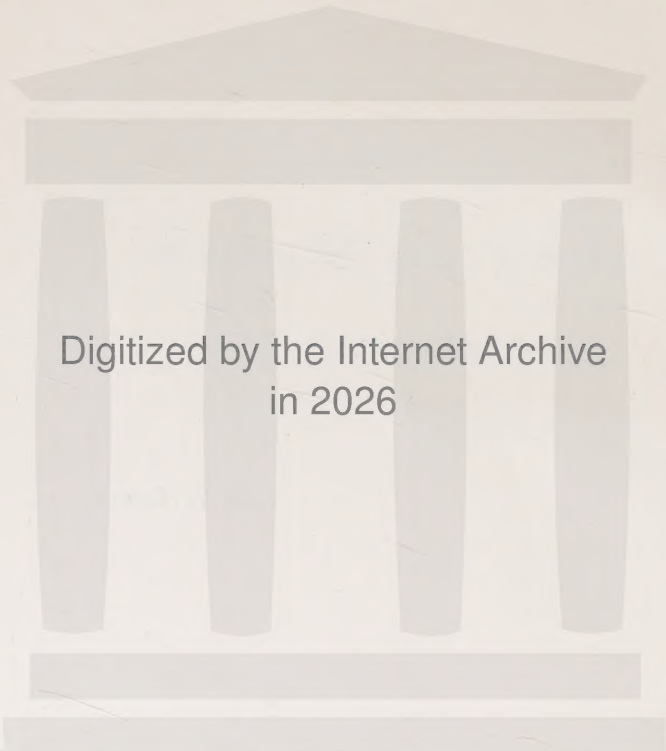
Akademische Buchdruckerei von F. Straub in München.

Seiner

theuren Mutter

in dankbarer Liebe gewidmet

vom Verfasser.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554606_0100

Das Studium der Gehirnkrankheiten, welches besonders seit den Arbeiten von Griesinger, von Fritsch und Hitzig eifrig betrieben wird, hat in den letzten Jahren nie geahnte Erfolge zu verzeichnen. Während noch in der Mitte dieses Jahrhunderts manche und zwar tüchtige Autoren von diesem Gebiete wie von einem solchen sprachen, auf dem man nie Klarheit erreichen werde, haben sorgfältige Beobachtungen am Krankenbette auf der einen, Experimente auf der anderen Seite manche Thatsache an's Licht gebracht, die Function mancher Gehirntheile sicher gestellt. Wenn auch die Tumoren keinen directen Werth haben für die Localdiagnose — denn nach Nothnagel haben diesen nur solche Erkrankungen, welche chronisch stabil sind und ganz isolirt, und welche keinen Reiz auf die Umgebung ausüben — so kann man doch schon auch hier durch eine sorgfältige Zusammenstellung aller Symptome, durch das Vorhandensein und Fehlen gewisser Erscheinungen und durch Beobachtung der Reihenfolge ihres Auftretens zur Diagnose kommen. Die Fernwirkung muss aber, wie Griesinger zuerst dargethan, nach einem bestimmten Gesetze erfolgen und dieses muss uns in jedem einzelnen Falle als Richtschnur dienen. Die Casuistik ist in den letzten Jahren um viele werthvolle Fälle bereichert worden, aber es bleibt noch immer sehr viel übrig, bis Klarheit in dies so dunkle Gebiet kommt. Würden die unten beschriebenen Fälle etwas dazu beitragen, so würde meine Mühe überreichlich belohnt sein.

Bevor ich meine Arbeit beginne, will ich die mir angenehme Pflicht erfüllen, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Bollinger für das Ueberlassen des gesammten Materials,*) sowie für seine freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Fall I. Carcinom des rechten Stirnlappens.

Magdalena P. Schlosserstochter, kath., 42 Jahre. Der Vater der Patientin starb in seinem 67. Lebensjahre an einer Lungenentzündung. Er soll nie krank gewesen sein, abgesehen von einer halbseitigen Lähmung, von welcher er ein halbes Jahr vor seinem Tode befallen wurde und welche rasch zurückging. Die Mutter wurde 63 Jahre alt und starb an einem 6 Monate dauernden Unterleibsleiden, über dessen Natur nichts Näheres zu erfahren ist. Von den 11 Geschwistern der Patientin sind 9 am Leben und erfreuen sich einer guten Gesundheit, eine Schwester starb in ihrem 44. Lebensjahre an einem Magenkrebs, eine zweite, 57 Jahre alt, an einem chronischen Lungenleiden.

Patientin wurde 1840, nach Angabe der Mutter im 7. Monate der Schwangerschaft, geboren und hatte in ihren ersten Jahren viel mit Krankheiten des Digestionstractus zu kämpfen; sie soll nach Angabe des damaligen Arztes an einem „Drüsenbruch“ gelitten haben, wie ihre Angehörigen angeben. Bis zu ihrem 18. Lebensjahre war sie darauf ganz gesund. In diesem Jahre schwollen die Drüsen an beiden Seiten des Halses an. Auf Blutegel — nach Angabe c. 100? — trat die Schwellung zurück. Später, wann? ist nicht zu er-

*) Nachträglich bemerke ich, dass Fall I. (Carcinomatöses Epitheliom des rechten Stirnlappens) im Leben von Herrn Dr. Harder in Ichenhausen (Schwaben) beobachtet wurde; von demselben wurden das Präparat und die interessante Krankengeschichte dem Pathologischen Institute zu München übermittelt.

fahren, traten heftige klonische Krämpfe auf, während welcher die Kranke hin- und hergeworfen wurde. Während der Krämpfe wollen die Angehörigen oft eine sehr starke Schweisssecretion am ganzen Körper beobachtet haben. Nach denselben trat grosse Mattigkeit auf, so dass die Patientin oft tagelang wie todt dalag, sich aber stets wieder soweit erholte, dass sie umher gehen konnte. Eine Lähmung war nicht zu beobachten. Im Jahre 1863 wurde Patientin bettlägerig und hat das Bett auch nicht wieder verlassen bis zu ihrem am 22. September 1882 erfolgten Tode. Sie klagte von jetzt an über sehr heftige Kopfschmerzen, welche zeitweise etwas nachlassen. Um das Jahr 1870 herum fiel den Angehörigen auf, dass die Sprache eine langsamere wurde. Nach und nach wurde die Sprache immer schlechter, so dass die Kranke schliesslich kein anderes Wort mehr aussprechen konnte, wie dizi, von dem Niemand wusste, was es bedeuten sollte. Eine Störung der Intelligenz war nicht zu bemerken. Wollte die Kranke eine Frage bejahen, so sagte sie dizi und nickte mit dem Kopfe; wollte sie eine verneinen, so gebrauchte sie dasselbe Wort und schüttelte mit dem Kopfe. Die Verständigung mit ihrer Umgebung erfolgte durch Schreiben auf eine Tafel und erfolgte stets ganz richtig. Im Laufe des Jahres 1871 trat nach und nach eine Erblindung auf beiden Augen ein und im folgenden Jahre wurde die linke obere wie untere Extremität vollständig gelähmt. Das Gesicht war nicht verzogen. Um diese Zeit herum wurde die Kranke öfters wieder von allgemeinen Convulsionen befallen. Weiter fiel den Angehörigen öfters ein starkes Rollen der Augen auf. Der Respirationstypus wurde jetzt verändert; die Athmung erfolgte abwechselnd schnell und langsam. Stuhl- und Urinentleerungen erfolgten willkürlich und regelmässig, erst 1881 im Januar wurde der Urin in's Bett gelassen, Appetit und Verdauung waren stets gut. Erst in letzterer Zeit soll die Kranke etwas abgemagert sein.

Status praes. 13. VII. 81. Patientin klagt über beständige Kopfschmerzen und über ein unerträgliches Hautjucken am ganzen Körper, von welchem sie sich nur durch starkes Kratzen Erleichterung verschaffen kann, über Lähmung der linken Seiten, über Verlust des Sprach- und Sehvermögens.

Blasse Person, deren Ernährungszustand noch ein ziemlich guter ist. Zahlreiche kleine Excoriationen, vom Kratzen herrührend. In der Kreuzbeingegend ein markstückgrosser Decubitus.

Temperatur 37,4 C., Puls 112, Resp. 24.

Patientin kann die Augen nach allen Richtungen hin gut bewegen. Keine Lähmung der Lider. Die Sehkraft ist vollständig erloschen. Die Pupillen sind gleichweit, ganz reactionslos. Gehör auf beiden Seiten normal. Mund ein wenig nach rechts verzogen. Die Zunge wird nach allen Richtungen hin gut bewegt. Auf der linken Seite ist vollständige Lähmung und Unempfindlichkeit sowohl an den oberen wie an den unteren Extremitäten. Starke Flexion im linken Kniegelenk. Beim Streckungsversuch entstehen Schmerzen. Auf der rechten Seite ist weder eine Störung der Motilität noch der Sensibilität zu constatiren. Sphincter ani functionirt, sphincter vesicae gelähmt, Störungen in der psychischen Sphäre nicht zu constatiren, abgesehen von einer Abnahme des Gedächtnisses. Hat die Kranke z. B. Bier, welches sie jeden Nachmittag in sehr geringer Menge geniesst, getrunken, so giebt sie in kurzer Zeit zu verstehen, dass sie ihr Quantum wünsche. Da ihr ganzer Wortschatz in dem Worte dizi besteht und sie wegen ihrer Blindheit nicht schreiben kann, so verständigt sie sich durch Zeichen mit der rechten Hand mit ihrer Umgebung. Der Stuhl ist regelmässig. Der Appetit ist gut, hat jedoch in letzter Zeit etwas nachgelassen.

Ende Juli: Deutliche Lähmung der linksseitigen Halsmuskeln, wodurch der Kopf nach rechts verzogen wird, so

dass das rechte Ohr der entsprechenden Seite fest aufliegt. Will die Patientin flüssige Nahrung zu sich nehmen, so geschieht es durch eine Kinderflasche. Die Kopfschmerzen sind stärker denn je vorher. Der Appetit seit einiger Zeit etwas besser.

Ende August: Fordert man die Kranke auf zu schreiben, so macht sie viele Striche hintereinander, ein fortlaufendes deutsches kleines m. Sonst Status idem.

Ende September: Neben den constanten Kopfschmerzen haben sich Schmerzen im rechten Ohr eingestellt. Patientin hört auf demselben nur noch sehr schlecht.

20. November: Patientin, welche nun seit 10 Jahren ausser dizi kein Wort hat sprechen können, kann wieder alle Worte aussprechen und sich mit ihrer Umgebung gut unterhalten. Die Angehörigen geben an, dass sie am Morgen dieses Tages plötzlich wieder zu sprechen angefangen habe. Sie klagt besonders über Schmerzen im ganzen Kopfe.

Im Laufe dieses Monats hatten sich wieder mehrmals Convulsionen eingestellt, welche leider von dem behandelnden Arzte nie beobachtet werden konnten. Die Lähmung der linksseitigen Halsmuskeln hat sich wieder etwas gebessert und der Kopf ist nicht mehr so stark nach rechts verzogen.

März 1882: Status idem bis zu dieser Zeit. Es treten jetzt sehr starke Schlingbeschwerden auf, welche sich jedoch nach einigen Tagen wieder verlieren. Die Kranke beginnt unklar zu reden. Das Sensorium ist etwas benommen. Die Halswirbelsäule ist auf Druck sehr empfindlich. Die linke Ohrmuschel und die Haut über dem linken Schläfenbein ist geschwollen. Stuhlentleerungen erfolgen jetzt unwillkürlich. Patientin nimmt nur wenig Nahrung zu sich und magert rasch ab.

Anfang September: Die Schlingbeschwerden stellen sich wieder ein. Die Kranke kann nur wenig Portionen Flüssigkeit schlucken und bekommt dabei meistens Hustenanfälle.

In der Nacht vor ihrem Tode ist die Kranke sehr unruhig. Häufiges Erbrechen und Convulsionen auf beiden Seiten. Coma.

23. September 1882 erfolgt der tödtliche Ausgang.

Diagnose: Carcinom des rechten Frontallappens.

Sectionsbefund*): Schädeldach normal. Dura ausserordentlich blutreich. Im Sinus dunkles, flüssiges Blut. An der Basis des rechten Stirnlappens sitzt ein runder, derber, 10 cm im Durchmesser haltender Tumor, welcher in die Gehirnsubstanz hineindringt und mit ihr durch feine Bindegewebsstränge verwachsen ist. Er ist leicht herauszuschälen. Auf dem Durchschnitt erscheint er von vielen, bis 2 mm dicken Bindegewebssträngen durchzogen. Mikroskopisch gibt er das Bild eines epithelialen Carcinoms mit sehr stark entwickelten Bindegewebsbalken. Die Orbital-, Frontal- und Central-Windungen besonders rechts abgeplattet. Die Ventrikel sind stark erweitert. Weitere Section wurde verweigert.

Fall II. Epidermoidcyste des linken Stirnlappens.

Max O. Schlossergehilfe, kath., 21 Jahre alt. Der Verunglückte stammt aus einer ganz gesunden Familie. Seine fünf älteren Brüder sind alle gesund. Er selbst ist nach Angabe der Eltern nie krank gewesen. Während seiner Schul- und Lehrzeit ist ausser grosser Reizbarkeit und Muskelzuckungen nichts bemerkt worden. Diese Zuckungen traten anfallsweise in Gesichts- und Schultermusculatur auf, so dass das Gesicht verzerrt und der Kopf hin- und hergedreht wurde. Sie dauerten immer nur kurze Zeit und liessen dann allmälig nach. Trotz aller Bitten und Drohungen seitens der Eltern kehrten sie immer wieder. Andere Symptome, wie Störungen der Sprache, Schwindelanfälle etc. sind nie beobachtet worden. Patient war rechtshändig. Er wurde durch einen herabstür-

*) Einlaufsjournal des Pathol. Instituts. Nr. 414. 1882.

zenden Bieraufzug schwer am Kopfe verletzt und starb zwei Tage später.

Sectionsbericht 11. October 1882.*)

Diagnose: Epidermoidcyste im linken Frontallappen. Riss in der Medulla oblongata. Bruch der Wirbelsäule und des Sternum.

Gehirn 1550 g schwer. Das Gewicht der übrigen Organe normal. Haut weiss. Haare und Iris braun. Kräftiger Körper. Geringer Panniculus adiposus. Am Sternum im Ansatze der 2. Rippe eine zum 3 Intercostalraum verlaufende Fractur. Das Zellgewebe am Sternum überall blutig. In der linken Pleurahöhle 3—400 g dunkles Blut. Der Körper des 5. Halswirbels ist vollständig zertrümmert in zahlreiche Splitter. Die Verbindung des 3. und 4. Halswirbels ist nahe dem 3. ebenfalls gesprengt und ragt der 3. Halswirbel stark nach vorn vor. Am Kopfe, in der Gegend des rechten Scheitelbeins eine 12 cm lange, von vorne rechts nach hinten links gehende Wunde, welche theilweise bis auf den Knochen reicht. In der Gegend des rechten Hinterhauptsbein eine Contraincision.

Schädeldach von gewöhnlicher Dicke. Dura etwas injicirt. Im Längsblutleiter viel dickflüssiges, schwarzes Blut. Die Hirnwindungen abgeplattet. Venen strotzend mit Blut gefüllt. Hinter dem Pons ist ein oberflächlicher Einriss in die Medulla oblongata. Am Eingang der Fossa sylvii sin. sitzt an der Basis des Gehirns ein taubeneigrosser Tumor, welcher in's Innere des Gehirns ragt, aber überall abgekapselt erscheint. An der Convexität und an der Basis sind zahlreiche nadelkopf- bis linsengrosse Anhäufungen von festen weissen Massen, welche mikroskopisch keine Structur nachweisen, sich in Aether schnell lösen und nur wenig Detritus zurücklassen.

Mikroskopisch findet man im Inhalt des obigen Tumors zahlreiche 1—2 mm lange weisse Haare, viele runde Zellen

*) Sections-Journal des Pathol. Instituts zu München Nr. 448. 1882.

mit runden Kernen und freie Kerne, ausserdem Detritusmassen. Die Wand ist verschieden dick bis 1½ mm, besteht aus Bindegewebe, welchem an der Innenseite jene runden Zellen anliegen. Haarbälge sind in mässiger Menge vorhanden, ebenso Talgdrüsen. Schweissdrüsen wurden nicht gefunden.

Die linke Lunge ist ziemlich blutreich. Unterlappen etwas comprimirt und von etwas vermindertem Luftgehalt. Bronchialschleimhaut etwas injicirt. Rechte Lunge überall normal luft- und bluthaltig. Herz in der Breite etwas vergrössert. Rechter Ventrikel weit, Musculatur dünn, etwas brüchig. Klappen gehörig. Linker Ventrikel gehörig. Die Milz zeigt an der Oberfläche einen 1 cm langen Riss in der Kapsel. Pulpa dunkel. Leber ziemlich gross. Am linken Lappen oberflächlich etwas granulirt. Parenchym braunroth. Acinöse Zeichnung etwas verwaschen. Die Magenschleimhaut zeigt viele Ecchymosen und eine dunkle, schmutzige Farbe. Linke Niere sehr blutreich cyanotisch. Fibröse Kapsel leicht abziehbar. Oberfläche glatt. Rechte Niere in jeder Beziehung wie die linke.

Auffallend ist, dass in diesen beiden Fällen, wo doch die makroskopisch pathologisch-anatomischen Bilder so gleich sind, die klinischen so weit auseinandergehen. In beiden Fällen grosse Tumoren, auf der einen Seite nur geringe Zuckungen in einem bestimmten Muskelgebiete, auf der anderen Seite die ganze Reihe der traurigsten und furchtbarsten Hirnerscheinungen. Hat diese Verschiedenheit ihren Grund in der verschiedenen histologischen Beschaffenheit der Tumoren? Nein. Oft kann man in der Literatur lesen, dass ein kleiner Tuberkel in der Rinde mehr Erscheinungen hervorruft als diese grosse Dermoidcyste. Der Sitz kann in unseren Fällen auch nicht in Betracht gezogen werden, da er nur der Seite nach verschieden ist. Der Grund ist wohl im

verschieden schnellen Wachsthum zu suchen, wenigstens hier, da die Tumoren in beiden Fällen die Nervenfasern und Nervenzellen nur verdrängt und sich nicht auf Kosten derselben gebildet haben. Wächst der Tumor nur allmälig, so erfolgt die Drucksteigerung auch nur nach und nach und die Nervenelemente können sich an denselben gewöhnen, zumal da ihre Ernährung wegen der regelmässigen Blutzufuhr nur wenig beeinträchtigt werden kann. Weiterhin muss man auch wohl noch eine individuelle Verschiedenheit annehmen, wie die einzelnen Personen auf Reize reagiren.

Die Symptome sind in beiden Fällen unschwer zu erklären und ich werde sie daher nur in Kürze berühren und dann die Frage zu beantworten suchen, ob in beiden Fällen eine Localdiagnose möglich gewesen wäre. Die ersten Erscheinungen im Falle I gehörten, wie in den meisten Fällen überhaupt, zu den „allgemeinen“ und zwar waren es unter diesen motorische Störungen, welche den Reigen eröffneten. An diese reihten sich die anderen an, wie Kopfschmerz, soporöse Zustände etc. Was die profuse Schweisssecretion betrifft, so führe ich diese auf die Muskelanstrengung während der Krämpfe zurück und halte sie nicht für solche centralen Ursprungs. Das Schweisscentrum hat seinen Sitz in der Medulla oblongata, jedoch haben Senator und Adamkiewicz auch bei einem Abscess in den motorischen Regionen der Gehirnrinde Krämpfe und Schweisse im Bereiche des Armes beobachtet. Das erste Herdsymptom, welches sich einstellte, war die Aphasie. Man konnte daher, da die Kranke rechtshändig war, an einen Tumor in dem linken Stirnlappen denken, weil, wie wir wissen, das Sprachcentrum bei Rechtshändern links im Gebiet der Broca'schen Windung und der Insel ihren Sitz hat. Die darauf auftretende Amaurose gab uns keinen näheren Aufschluss; sie war wahrscheinlich bedingt durch Neuritis optica in Folge von Stauung. Jetzt folgten linksseitige Hemiplegie und Hemianästhesie. Wir wissen, dass

die motorischen Centren ihren Sitz haben in den beiden Centralwindungen, im Fusse der Frontalwindungen und in den den Centralwindungen angrenzenden Theilen der Scheitelwindungen, dass besonders bei Läsionen dieser letzteren motorische und sensible Störungen beobachtet werden. Da die Lähmungen linksseitige waren, so mussten wir also eine Läsion oben genannter Bezirke rechts annehmen. Im weiteren Verlaufe stellte sich Schwerhörigkeit rechts ein. Nach allem diesen zu schliessen, musste eher der Tumor der rechten Seite angehören. Sehr wahrscheinlich sind die allgemeinen Convulsionen auch wohl nur die ersten Symptome gewesen, welche die Angehörigen bemerkt haben, die partiellen Krämpfe im linken Arme etc. werden ja oft übersehen von den Laien. Wären diese sicher beobachtet worden, so wäre es für die Localdiagnose sehr wichtig.

Im zweiten Falle bestanden nur Zuckungen in den Gesichts- und Schulter-Muskeln — Armmuskeln wohl. Auf welcher Seite oder ob auf einer Seite ist nicht angegeben. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass dieselben auf der rechten Seite gewesen sind. Es ist nur zu verwundern, dass gar keine Sprachstörungen vorhanden gewesen sind, da der Tumor doch unmittelbar diese Regionen berührte. Die Diagnose auf Tumor cerebri hätte man wohl mit Hülfe des Augenspiegels stellen können.

Was schliesslich die Aetiologie des primären Gehirnkrebses betrifft, so schliesse ich mich der Cohnheim'schen Theorie an, welche eine Persistenz embryonaler Keimanlage annimmt, welche später aus irgend einem uns noch unbekannten Grunde zur Entwicklung kommt. Auch die Dermoidcysten entwickeln sich aus embryonaler Anlage. Dieselben entwickeln sich besonders zur Zeit der Pubertät und so finden wir meist hier erst die ersten Symptome, wie auch ja in unseren Fällen.

Das Merkwürdigste aller Symptome des ersten Falles ist das Verschwinden der Aphasie, nachdem sie fast 11 Jahre bestanden. Eine Erklärung hierfür zu geben, bin ich nicht im Stande. Mit Rücksicht auf die überaus lange Dauer der Krankheit, die nahezu auf 20 Jahre zu schätzen ist, lässt sich annehmen, dass der bei der Section vorgefundene Hirntumor urprünglich ein einfaches Epitheliom darstellte und erst spät und allmählig in Carcinom überging. Schliesslich will ich noch erwähnen, dass der Tod wohl durch Lähmung der Centrum der Medulla oblongata eintrat. Da in den letzten Tagen häufig erbrochen wurde und häufige Convulsionen auftraten, so wurde der Druck so hochgradig, dass Coma und darauf der Tod eintrat.

Fall III. Multiple Sarkomatose des Grosshirns.

Marie F., Packträgersfrau, kath., 56 Jahre alt. Die Eltern und Geschwister der Patientin sind bereits alle an nicht näher zu erfahrenden Krankheiten gestorben. Ob sie in ihrer Kindheit Krankheiten überstanden hat, ist nicht zu eruiren. Sie ist seit 20 Jahren verheirathet und hat 4 mal geboren. Die Geburten verliefen regelmässig. Von den Kindern sind zwei gestorben in frühester Kindheit, die anderen zwei leben und sind gesund. — Vor ungefähr 6 Jahren fing sie an sehr reizbar zu werden und sich dann in ihrer Aufregung als eine von Gott bevorzugte Person hinzustellen, welcher man hier auf Erden stets Unrecht thäte. Angeblich seit einem Jahre leidet sie an Schwindelanfällen, welche plötzlich auftreten und dann so stark werden, dass die Patientin sich festhalten muss, um nicht umzufallen. Ferner klagte sie über Kopfschmerzen, welche zeitweise auftraten und oft so stark wurden, dass sie laut schrie. Es wäre ihr, als wenn „der Kopf zerspringen wolle“ gab sie an. Convulsionen wurden nie beobachtet. Vom Anfang November 1882 nahmen die Erscheinungen rasch an Schwere zu. Die sonst

so redselige Frau wurde still, schweigsam, die einst so lebhafte Sprache leise, langsam. „Der Frau schien die Zunge zu schwer zu sein", giebt die Nachbarin an. Die religiösen Reden hörten ganz auf und Gleichgültigkeit gegen Alles trat immer zu Tage. Die einst sehr ordentliche Hausfrau vernachlässigte ihren Hausstand, machte Schulden, obgleich sie Geld genug hatte etc. Am Ende des Monats will eine Nachbarin beobachtet haben, dass ihr Gesicht öfters und rasch die Farbe wechsele, bald roth, bald blass sei. Seit der Mitte des Decembers soll die rechte Gesichtsseite stets rasch und gedunsen gewesen sein und die Patientin klagte, dass sie in derselben ein Kriebelgefühl habe. Urin- und Stuhlentleerungen erfolgten jetzt unwillkürlich, so z. B. im Zimmer einer Nachbarin während eines Besuches. — Patientin, welche schon das ganze vorige Jahr viel geschlafen haben soll, litt seit Mitte November an solcher Schlafsucht, dass sie den grössten Theil des Tages schlafend zubrachte und nur mit Mühe geweckt werden konnte. Meistens schnarchte sie sehr laut. Hustenanfälle beim Trinken sind nie beobachtet. Seit einigen Tagen besteht Erbrechen und damit wurde die Kranke vollständig bewusstlos.

Am 28. December erfolgte der Tod.

Sectionsbericht 29. December 1882.*)

Diagnose: Sarkom im linken Streifenhügel, kleinere in der rechten dritten Stirnwindung und in der Marksubstanz beider Stirnlappen.

Wohlgenährter Körper. Zu beiden Seiten des Kreuzbeins ist die Epidermis abgestossen, liegt das Rete Malpighii frei vor, welches an einer markstückgrossen Stelle schwärzlich verfärbt ist. An der unteren Hälfte der rechten unteren Extremität ist die Haut von narbigem Aussehen, die Epidermis dünn, glänzend. An mehrfachen Stellen erbsen- bis haselnuss-

*) Sections-Journal des Pathol. Instituts zu München Nr. 558. 1882.

grosse Geschwüre mit stark narbig verzogenen Rändern. In den linken Seitenventrikel des Gehirns ragt, von der Gegend des Streifenhügel ausgehend, ein taubeneigrosser, weissröthlicher Tumor hinein. Die Oberfläche desselben ist etwas höckerig, wie von einer serösen Membran überzogen. Der Tumor sitzt dem Streifenhügel in ganzer Ausdehnung auf, scheint von der Oberfläche desselben auszugehen. Gegen die Rindensubstanz ist derselbe scharf abgesetzt. Der Sehhügel und Linsenkern sind nicht betroffen. Der Knoten ist fester als die Hirnmasse. Aehnliche finden sich bohnengross an der Hirnoberfläche der 3. rechten Stirnwindung, welschnussgrosse in der weissen Substanz beider Stirnlappen. — Die Rippenknorpel sind leicht verknöchert. Die Lungen bedecken den grössten Theil des Herzbeutels. Die Pleurahöhlen sind ohne Flüssigkeit. Lungenbläschen emphysematisch. Das Parenchym trocken, blutarm, lufthaltig. Unterlappen beiderseits etwas blutreicher als die oberen Theile. Herzbeutel ohne Flüssigkeit. Herz gehörig gross. Coronargefässe etwas geschlängelt.

Rechter Ventrikel		Linker Ventrikel	
Höhe	9,7	Höhe	9,6
Pulm. U.	9,1	Aorta U.	8,1
Dicke	0,4	Dicke	1,4

Endocard des linken Ventrikels leicht getrübt. Muskel derb. Milz mit Zwerchfell, Magen, Quercolon und Leber fest verwachsen. Kapsel gerunzelt. Pulpa ziemlich fest und derb. Unterer Rand der Leber sehr scharf. Oberfläche leicht granulirt. Parenchym mässig blutreich. Acinöse Zeichnung deutlich. In der Gallenblase viel dunkle Galle. Die Magenschleimhaut zeigt einige leichte Erosionen, ist stark pigmentirt. Einzelne Darmfollikel leicht geschwellt. Die Peyer'schen Plaques punktförmig pigmentirt besonders stark in der Nähe der Cäcalklappe. Linke Niere klein. Capsula fibrosa leicht abziehbar. Oberfläche an einzelnen Stellen schwach granulirt. Die rechte Niere verhält sich ebenso.

Körperlänge 161 cm. Körpergewicht 52 Kilo. Gehirn 1320 g. Linke Lunge 265, rechte Lunge 275. Herz 285. Leber 1300. Milz 125. Nieren 185 g.

Mikroskopisch erweist sich der Tumor als ein reines Spindelzellensarcom. Die Gefässe in der Umgebung haben stark verdickte Wände, welche eine sehr starke Kernwucherung zeigen.

Ueber diesen Fall werde ich der mangelhaften Anamnese wegen nur weniges hinzufügen. Dass multiple Tumoren vorhanden wären, wäre intra vitam sicher nicht zu diagnosticiren gewesen. Das Interessanteste in diesem Falle sind die rechtsseitigen vasomotorischen Störungen im Gesichte. Bernhardt hat zweimal diese Störung beobachtet bei einem Tumor in der vorderen Schädelgruppe, wo der linke Pedunculus cerebri comprimirt wurde und bei einem Tumor im linken Ventrikel, welcher zwischen dem Corpus striatum und Thalamus opticus sich befand. In beiden Fällen bestand die Störung am Arme der entgegengesetzten Seite. Ob hier der Tumor des linken Ventrikels die Ursache gewesen, kann man nicht beweisen. Die Schweigsamkeit und die langsame Sprache kann entweder bedingt sein durch den Tumor im linken Streifenhügel oder durch den im linken Stirnlappen.